Münster.1932.№3/ Med Diss.

Aus der Psychiatrischen
und Nervenklinik der Universität Münster (Westf.)
(Direktor: Prof. Dr. F. Kehrer)

Die Verbindung von Blickkrämpfen mit psychischem Drang und Zwang bei chronisch-epidemischer Encephalitis

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde an
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfäl. Wilhelms-Universität
zu Münster

vorgelegt von

Felix Koralewski
Med. Praktikant aus Sterkrade (Rhld).

1931

Druck: C. J. Fahle, G. m. b. H., Münster (Westf.), Neubrückenstr. 11

Aus der Psychiatrischen
und Nervenklinik der Universität Münster (Westf.)
(Direktor: Prof. Dr. F. Kehrer)

Die Verbindung von Blickkrämpfen mit psychischem Drang und Zwang bei chronisch-epidemischer Encephalitis

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde an
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfäl. Wilhelms-Universität
zu Münster

vorgelegt von
Felix Koralewski
Med. Praktikant aus Sterkrade (Rhld).
1931

Druck: C. J. Fahle, G. m. b. H., Münster (Westf.), Neubrückenstr. 11

Dekan: Prof. Vogt
Referent: Prof. Kehrer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i.W.

Meiner Mutter gewidmet!

Die Verbindung von Blickkrämpfen mit psychischem Drang und Zwang bei chronisch-epidemischer Encephalitis.

Von der Encephalitis epidemica s. lethargica wissen wir, daß sie im akuten Stadium schon tödlich verlaufen kann, daß aber ebenso eine völlige Heilung ohne Residuen möglich ist. Zwischen diesen beiden Verlaufsformen steht eine dritte, die den Patienten zu allmählich völligem Siechtum führt. Es handelt sich hierbei um encephalitische Folgezustände, die sich direkt an das akute Stadium anschließen oder auch nach einem Intervall von mehreren Jahren auftreten können. Bei allen diesen Fällen sehen wir die Zeichen des Parkinsonismus. Auch treten paroxysmell eigentümliche Vorgänge am Sehapparat auf, die einige Patienten selbst als „starren Blick" bezeichnen, und die in der Neurologie unter dem Namen „Schauanfälle" (Ewald) oder „Blickkrämpfe" (Stern) bekannt sind. Hierbei werden die Augen in einer bestimmten Stellung und zwar meist nach oben ähnlich der konjugierten Deviation fixiert. Dieser Zustand verschwindet dann ebenso plötzlich wie er aufgetreten ist. Aber nicht nur auf neurologischem Gebiete sehen wir Besonderheiten, sondern auch psychische Anomalien zeigt die E. e. uns in einer Form, wie sie vor ihrem Auftreten nicht beobachtet werden konnten. Man kann daher von einer Umwälzung gewisser psychiatrischer Erfahrungen sprechen, und Stern bezeichnet die E. e. auch als Revolutionärin auf dem Gebiete der Gehirnkrankheiten. Während dieser Blickkrämpfe treten nämlich bei den Patienten Zwangsgedanken und Zwangsvorgänge auf. Der Entdecker des Zwangsdenkens Karl Westphal hat dieser Störung folgende Definition gegeben: „Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, die, ohne daß ihre durchschnittliche oder durch die Stimmung des Patienten verstärkte Gefühlsbetonung das erklärt, unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewußtsein treten, sich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen lassen und deshalb den Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, obwohl vom Kranken als ohne Grund dominierend und auch als inhaltlich falsch und als krankhaft entstanden anerkannt werden".

Zur Illustration obiger Definition und zur deutlicheren Gegenüberstellung der folgenden Fälle soll hier kurz eine Patientin mit Zwangsvorstellungen angeführt werden, die in der Universitäts-Nervenklinik vorübergehend ambulant behandelt wurde, und deren ganzes Krankheitsbild mit der Westphal'schen Definition übereinstimmt.

Es handelt sich um eine 33jährige Patientin mit ausgesprochen psychasthenischem Einschlag. Angstgefühle, Mangel an seelischer Kraft, Nervosität, Unentschlossenheit, Pessimismus, Hang zum Zweifeln wechseln bei ihr ab, und besonders leidet sie unter den Zwangsgedanken. Wenn sie im Haushalt ein Messer in die Hand nimmt, bekommt sie die Gedanken, sich totstechen zu müssen, wenn sie ihr Kind auf dem Arm hat, als ob sie es umbringen müßte. Sie kann diese Gedanken nicht loswerden, und dieses Nichtloswerdenkönnen und die Angst, diese Gedanken möchten wiederkehren, quälen sie. Sie weiß, daß die Gedanken über eine Ermordung ihres Kindes falsch und grundlos sind und zu ihren sonstigen Muttergefühlen in krassem Gegensatz stehen. Sie ist sich des Zwanghaften ihres Denkens bewußt. Aber sie kann nicht dagegen an. Die psychasthenische Grundlage dieser Krankhaftigkeit, wie sie Friedmann für die regelrechten Zwangsvorstellungen verlangt, ersehen wir aus dem kurz angeführten psychiatrischen Befund.

In folgendem werden nun einige Patienten angeführt, die vor Jahren zum Teil während der großen Epidemie an einer Encephalitis gelitten haben, und bei denen jetzt die spätencephalitischen Symptome des Parkinsonismus in Erscheinung getreten sind. Auch bei diesen Patienten treten Zwangsgedanken und Zwangsvorgänge auf. Doch muß ausdrücklich betont werden, daß diese Störung hier nur während der Blickkrämpfe auftreten. Diese Zwangsgedanken sind also an ein organisches Leiden gebunden, im Gegensatz zu den Zwangsgedanken mit seelischer Grundlage.

Die 37jährige Frau Katharina G., eine stattliche und kräftig gebaute Patientin, ist außerhalb ihrer Schauanfälle geistig gesund. Unter der Diagnose: Striäre Erkrankung (sehr ähnlich einer Amyostase nach Grippe-Encephalitis) — Lues befindet sie sich jetzt in der Klinik in der Behandlung. Aus der Anamnese ist zu ersehen, daß sie in ihrer Jugend immer gesund war. In ihrer zweijährigen Ehe hat sie viel Kummer gehabt, da ihr Mann immer „fremd ging". Seit zwölf Jahren ist sie Witwe. Ihren Lebensunterhalt hat sie bis zum Jahre 1929 als Köchin in der Studentenküche bestritten, was sehr aufregend für sie war. Sie hat ein Kind, das nervös und leicht aufgeregt ist. Sie selbst zittert am ganzen Körper, wenn sie sich aufregt. Im Jahre 1920 hat die Patientin eine Kopfgrippe durchgemacht. Damals hat sie acht Tage keinen Verstand gehabt und immer phantasiert. Die Familienanamnese zeigt uns keine Besonderheiten, die psychiatrisch von Wert wären.

Befund: Amimie, seltener Lidschlag, Salbenglanz.
Gesicht und Kopf gerötet und heiß. Lebhafte vasomotorische und mechanische Muskelerregbarkeit.
Puls: 78 in der Minute o. B.
Pupillen: bds. entrundet. Lichtreflex mitunter etwas langsam.
Reflexe: bds. gleich und lebhaft. Keine pathologischen Reflexe.
Romberg o. B., Sensibilität intakt.
Am rechten Beine etwas Rigor, etwas weniger am r. Arm, Finger-Nasen-Kniehackenversuch normal. Paradoxes Phänomen am Fuß mehr rechts als links, angedeutet. Kein Tremor maniacus. Sprache angedeutet spastisch.

In der gesamten Haltung zeigt sich Verharrungstendenz.
Geringes Facialisfibrieren bei Innervation.
Blut: Wa. ++++ Liquor: neg.

Der Befund zeigt uns also deutlich das dyskinetische Syndrom, mit anderen Worten die Zeichen des Parkinsonismus. — Wenn auch eine scharfe Trennung der neurologischen und psychiatrischen Erscheinungen nicht immer möglich sein wird, so sollen doch hier zunächst der Uebersicht halber die ersteren behandelt werden.

Bei dieser Patientin stehen nun im Mittelpunkt der Erkrankung die Blickkrämpfe mit den dabei auftretenden Zwangsgedanken. Diese Zustände bestehen seit zwei Jahren und sind ohne ersichtlichen Grund entstanden. Ueberhaupt kann man diesen Fall den wenigen in der Literatur bekannten angliedern, bei denen als erstes Symptom der chronisch-myastatischen Encephalitis die Blickkrämpfe aufgetreten sind (Stern). Entgegen den von Stern gemachten Erfahrungen kann hier ein regelmäßiges Auftreten der Anfälle beobachtet werden. Die Patientin gibt selbst an, daß diese Anfälle alle vier bis fünf Tage auftreten, ja sogar zu einer bestimmten Stunde, meist mittags. Eine anstrengende und erschöpfende Tätigkeit (Stern) ist hier nicht die Veranlassung zu den Blickkrämpfen. Sie kommen nach Aussagen der Patientin oft „aus heiterem Himmel". Vorher ist sie noch lustig, dann kommt solch ein Anfall plötzlich. Es geht kein Grübelzwang oder gar ein Angstgefühl unmittelbar voraus, jedenfalls kann ein solches nicht angegeben werden. Aufmerksam gemacht, daß der Anfall kommt, wird die Patientin dadurch, daß sie wässrige Ringe und Schatten vor den Augen sieht. Sie geht dann ins Bett. Ein solcher Anfall dauert Stunden bis einen halben Tag. Die Stellung der Bulbi ist verschieden, meist sind sie geradeaus gerichtet. Eine Möglichkeit, die Schauanfälle zu überwinden, besteht nicht. Die Patientin kann wohl sekundenweise von der Blickrichtung abweichen, muß aber sofort wieder in die bestimmte Richtung schauen.

Während des Anfalles ist die Steifigkeit der Extremitäten erhöht, es besteht leichte Hypalgesie, Hypersekretion tritt ein, und ein Hitzegefühl geht durch den ganzen Körper. Stern bezeichnet

das als die vegetativen Erscheinungen der Myastase. Bekommt die Patientin solch einen Anfall auf der Straße, so muß sie auf die Erde schauen, um „den geraden Strich" zu gehen. Es besteht also hier eine ausgesprochene Orientierungsunsicherheit; dabei macht sich auch Schwindelgefühl bemerkbar, was sicher auf Beziehungen des hier erkrankten Gehirnzentrums zum Vestibulariszentrum schließen läßt. Während der Blickkrämpfe soll sich ja auch der bulbäre Vestibularisapparat in Uebererregung befinden (Stern). Während nun akustische Eindrücke ohne Veränderung entgegengenommen werden, ist ein Auftreten eigenartiger optischer Eindrücke fast bei allen Patienten beobachtet worden. Während des Blickkrampfes treten Doppelbilder, wie sie auch v. Stockert bei seinen Fällen von symptomatischer Narkolepsie beschrieben hat, auf; die Gegenstände sind verschwommen, und Schatten werden vor den Augen wahrgenommen. Doch wurde ein Größersehen der Gegenstände, wie Stern es bei seinen Fällen beschreibt, nicht angegeben. Die Patientin kann dabei die Augen nicht zukneifen, und es treten rhythmische Zuckungen der Augenlider während des Anfalls auf, wie sie auch Bonhoeffer beschreibt. Um einzuschlafen, muß sie die Augenlider mit den Fingern zuhalten. Die Patientin klagt außerhalb des Anfalls über starke Kopfschmerzen. „Ich glaube, ich verliere den Verstand". Dabei tuen ihr die Augen „im Kopfe weh", und sie mag sie gar nicht deshalb bewegen. Diese Schmerzhaftigkeit ist wohl auf die während des Blickkrampfes hervorgerufene Zerrung der Augenmuskeln zurückzuführen oder zentral bedingt. Eigenartig ist, daß sich während des Anfalls keine Schmerzen bemerkbar machen. Vielleicht spürt sie diese Schmerzen infolge der während des Anfalls bestehenden Hypalgesie nicht. Sonstige Krämpfe, wie sie Stern bei seinen Patienten schildert, etwa Gähnkrämpfe, Mundöffnungskrämpfe, wurden hier nicht beobachtet. Obwohl auch bei dieser Patientin die Neigung zum Grübeln besteht, bekommt sie niemals danach Schauanfälle. Im Gegenteil, meistens nur, wenn sie gut aufgelegt ist, treten diese ein, und „deshalb fällt das auch so auf". Die Anfälle kommen meistens morgens ungefähr um elf Uhr und dauern an, bis sie einschläft. Nach dem Aufwachen ist alles vorüber, sodaß man also annehmen könnte, der Schlaf wirke irgendwie im Sinne einer Besserung. Andererseits können die Schauanfälle nun wiederum auch wenige Zeit nach dem Schlaf auftreten. Wie schon gesagt, werden akustische Eindrücke während des Anfalls unverändert entgegengenommen. Die Patientin hört wohl alles, vergißt aber im nächsten Moment, was sie gehört hat, sodaß sie andern Tags, wenn sie wieder frisch ist, nichts davon weiß. Aufgefallen ist ihr ferner, daß die Anfälle, wenn sie eine neue Medizin eingenommen hat, längere Zeit nicht kommen, dann aber, wenn ein neuer Anfall eingetreten ist, die Intervalle kürzer werden (1 bis 1½ Tage), bis sie wieder regelmäßig alle vier bis fünf Tage auftreten.

Bei Spätencephalitikern sollen nun öfters Teilerscheinungen aus der komplexen Erscheinung des Schlafes isoliert hervortreten. Bonhoeffer gibt zur Erwägung, ob nicht auch der Blickkrampf eine solche Isolierungserscheinung ist. In unserem Falle haben wir einige Anhaltspunkte, die diese Vermutung stützen könnten. Auch bei unserer Patientin bestanden früher, wie das auch Bonhoeffer von seinen Patienten erwähnt, Schlafstörungen. Sie erzählt uns, sie habe schon als Mädchen viel Schlafmittel gebraucht. Auch heute noch bestehen einige Störungen der Schlaftiefe und des Schlafturnus. Die Patientin wird leicht wach, der Schlaf ist unruhig, und gerade am Morgen ist sie am müdesten. Eine Herabsetzung der Lichtreaktion, eine normalerweise beim Schlaf auftretende Erscheinung, kann auch hier beobachtet werden, ebenso das rhythmische Zucken der Augenlider. Narkoleptische Anfälle werden hier allerdings nicht beobachtet. — Beim Schlaf nehmen ja auch hier die Bulbi eine bestimmte Stellung (Bell'sches Phänomen) ein. Berücksichtigt man weiter die Möglichkeit einer Umkehr und Variation des Bell'schen Phänomens, so könnte also hier die zwangsmäßige Stellung der Bulbi beim Blickkrampf als Isolierungssymptom aufgefaßt werden. Daß diese Zustände irgendwie zu Schlafstörungen in Beziehung gebracht werden können, zeigt uns ein Vorfall, von dem uns die Patientin während ihrer Tätigkeit als Haushälterin berichtet. Nachts mitten aus dem Schlaf heraus ist sie in die Küche gegangen und hat sich ein Butterbrot zurechtgemacht, ohne am nächsten Tag etwas davon zu wissen. Erst ihre Hausgenossen haben ihr das erzählt. Es hat sich wohl auch hier um einen somnambulen Zustand, wie ihn auch Förster schon bei Encephalitikern beobachtet hat, gehandelt. Die dabei in Erscheinung getretene Amnesie hat Aehnlichkeit mit der allerdings hauptsächlich nur bei encephalitischen Kindern von Mingazzini beschriebenen. Nach Kleist soll das Auftreten solcher Hyperkinesen, die „äußerlich gewollten Zweckhandlungen" gleichen, darauf hinweisen, daß nicht nur die Stammganglien erkrankt sind, sondern auch eine Rindenerkrankung in Frage komme. Jedenfalls zeugt auch dieser Vorfall davon, daß hier Schlafstörungen vorliegen.

Bonhoeffer zeigt einen Fall von traumatischer Störung des Schlafmechanismus. Dabei besteht ausgesprochene Fettsucht. Dieser Fall wird deshalb hier erwähnt, weil auch bei unserer Patientin Fettsucht besteht. Bei unserer Patientin ist eine erhebliche Gewichtszunahme zu verzeichnen, sie hat in kurzer Zeit (sechs Monate) 7 kg zugenommen. Es könnte damit gesagt sein, und Bonhoeffer deutet das auch an, daß gewisse Beziehungen bestehen zwischen der Hirnstelle, die die Störung des Blickkrampfes hervorruft und dem vegetativen Zentrum im dritten Ventrikel.

Es müßte dann eine gewisse Gleichsinnigkeit im Auftreten der Symptome, die eine Schädigung dieser Zentren hervorruft, be-

stehen. Man könnte nun aber einwenden, daß die bestehende Fettsucht bei Spätencephalitikern nicht durch Beziehungen der beiden in Frage kommenden Zentren zu erklären ist, sondern daß diese Patienten auf Grund des dyskinetischen Syndroms, ihrer Bewegungarmut und Verharrungstendenz zur Fettsucht disponiert sind, ähnlich phlegmatischen Menschen, die eben auch eher zur Fettsucht neigen als lebhafte Naturen. Zur genauen Feststellung eventueller Beziehungen, wie sie Bonhoeffer andeutet, müßten doch wohl Stoffwechseluntersuchungen unternommen werden. Für uns ist auffallend, daß derselbe Effekt hier einmal mit einem Trauma, im anderen Falle mit spätencephalitischen Erscheinungen vergesellschaftet ist. Im ersten Falle hat das Trauma störend auf den Schlafmechanismus gewirkt. Vielleicht können wir auch in unserem Falle von der aufgetretenen Fettsucht Beziehungen auf eine Störung im Schlafzentrum herleiten.

Zum Schluß der Erörterung über den Blickkrampf sei noch gesagt, daß in diesem Falle „kein emotionell wirksames Erlebnis" (Stern) den ersten Blickkrampf hervorgerufen hat. Auch das Auftreten der Schauanfälle durch Massensuggestion, wie Stern das bei seinen Fällen erwähnt, kommt hier nicht in Frage, da diese Patientin zunächst lange Zeit die einzige Encephalitikerin auf der Station war.

Wie schon eingangs erwähnt wurde, treten während der Blickkrämpfe Zwangsgedanken auf, und zwar treten diese Zwangsgedanken erst während des Anfalls auf. In der anfallsfreien Zeit fehlen derartige Erscheinungen. Diese Beteiligung des Seelenlebens während ihrer Anfälle besteht, um einmal den Ausdruck der Patientin zu gebrauchen, nun darin, daß sie „allerhand dummes Zeug" denken muß. Die Art dieser Gedanken schildert sie in einem kurzen Bericht, der hier eingefügt werden soll:

„Alle vier Tage komme ich in einen Zustand, wo ich nicht weinen noch lachen kann, sprechen kann ich dann sehr wenig, und, wenn ich spreche, meine ich, es wäre alles verkehrt. Arbeiten kann ich in dem Zustand sehr schlecht. Dabei kommen mir allerhand komische Gedanken. Ich mag sie nicht niederschreiben, weil ich selbst darüber lachen muß. Ich führe so eine Art Sprachlehre. In Gedanken bilde ich mir einen Satz, z. B. Morgen gehe ich nach Hause. Dann fange ich an: Morgen o, ist ein Hauptwort, kommt von Otto her; gehe (e), ist ein Hauptwort, kommt von Elisabeth her usw. Besonders betone ich die kleinen Wörter o, e, i, u. a. Dabei stiere ich auf einer Stelle, ob ich will oder nicht."

Dieser kurze Bericht gibt uns wichtige Hinweise, wie es um den seelischen Zustand der Kranken während des Anfalles bestellt ist. Alle Affekte sind herabgesetzt, zum Teil auch ausgeschaltet. So erzählte sie von dem Tode ihrer Mutter folgendes. Als sie die Todesnachricht erhielt, empfand sie zunächst die richtige Trauer,

regte sich auch richtig auf; auf einmal war alles weg. Sie konnte keine Träne mehr vergießen. Genau so geht es mit dem Lachen. Eine allgemeine Teilnahmslosigkeit gegen die Umgebung bemächtigt sich ihrer. Sicher ist dieser plötzliche Umschlag der Empfindungen bei dem Tode ihrer Mutter durch einen neuen Anfall hervorgerufen worden, der dann hier entgegen den sonstigen Beobachtungen bei ihr, wo die Blickkrämpfe ja fast nur „aus heiterem Himmel" aufzutreten pflegen, durch einen Affekt (Todesnachricht) ausgelöst wurde. Die starke Bewußtseinseinschränkung während des Anfalls ersieht man aus der Bemerkung, daß sie sich erst überlegen muß, wo sie ist und wo sie herkommt. Sie steht plötzlich vor der Arbeit still, und weiß nicht, was sie machen soll. Wenn sie gesprochen hat, muß sie sich erst überlegen, was sie gesprochen hat, oder, wenn sie etwas gesagt hat, hat sie es im nächsten Moment schon wieder vergessen. Diese Vergeßlichkeit ist besonders stark ausgesprochen. Wenn man ihr eine Uhr hinhält, so weiß sie wohl, wie spät es ist. Gefragt, kann sie aber erst nach langer Zeit antworten, weil sie entweder sich im Augenblick nicht auszudrücken weiß, oder schon wieder vergessen hat, was sie sagen wollte. Wir haben es demnach auch mit einer Verlängerung bestimmter psychischer Funktionen zu tun. Die Verknüpfung von Vorstellung und Begriff nimmt hier eine längere Zeit in Anspruch als beim Gesunden. Die Patientin kann während des Anfalls sprechen, doch unterläßt sie es meist, weil sie Angst hat, daß sie Falsches sagt.

Auffallend ist auch bei ihr wie bei den Stern'schen Patienten, daß die Zwangsgedanken angeblich nie sexuellen Inhalts sind, was für Anhänger der Freud'schen Definition der Zwangsgedanken um so verwunderlicher sein muß, als es sich hier um eine sexuell stark eingestellte Persönlichkeit handelt. Bei solch einer Patientin werden die Gedankenkomplexe in der anfallsfreien Zeit wohl nicht immer frei von Erotik sein. Nach Freud müßten dann in unserem Falle doch sicher die Zwangsgedanken „jedesmal verwandelte aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe, die sich immer auf eine sexuelle mit Lust ausgeführte Handlung beziehen" sein. Das ist aber hier nicht der Fall. Betrachten wir das Zwangsdenken dieser Patientin näher, vergleichen wir es mit den Zwangsgedanken der eingangs als Paradigma für die regelrechten Zwangsgedanken angeführten Patientin, so wird uns in so manchem ein wesentlicher Unterschied auffallen. Dort das Auftreten der Zwangsgedanken bei einem seelischen Leiden, hier die bei unserer Patientin deutliche Kuppelung mit einem organischen.

„Die Schwäche des Denkens und der Willenskraft allein kann nicht das Zwangsdenken erklären, sondern die der Person zu Gebote stehende Widerstandskraft muß eine von Haus aus minderwertige sein", sagt Friedmann. Und nach Kraepelin handelt es sich bei den Patienten mit den regelrechten Zwangsgedanken

um „eigenartige Psychopathen, die von Jugend auf ein geringes Selbstvertrauen gehabt haben, grüblerisch und unfrei, ängstlich und peinlich in allen Leistungen waren". Hier sehen wir nichts von „ängstlicher Grundstimmung" (Friedmann) und Willensschwäche. Wenn auch bei unserer Patientin aus der Anamnese das Symptom der Nervosität und die leichte Erregbarkeit, die kummervollen beiden Jahre ihrer Ehe zu bedenken Anlaß geben könnten, ob nicht auch hier auf Grund eines psychischen Leidens die Bereitschaft zum Zwangsdenken bestehe, so kann man doch hier von einem psychasthenischen Einschlag der Persönlichkeit wie im Falle unsres Paradigmas nicht sprechen. Die Patientin hat sich im Wesen in ihrer Jugend von den Mädchen ihres Alters und Klasse nicht unterschieden. Sie war sehr zum Frohsinn geneigt und hat sich vor „nichts bange gemacht". Auch heute noch macht sie einen recht resoluten Eindruck.

Es ist demnach wohl sicher nicht anzunehmen, daß unsere Patientin ohne ihre Blickkrämpfe jemals Zwangsgedanken bekommen hätte. Bemächtigt sich nun dieser Patientin auch eine gewisse Neigung zum Grübeln, so ist das eben aus der dem Encephalitiker eigenen Objektivität (Scharfetter) über seinen Zustand zu erklären. Diese Patienten machen sich Sorge um ihre Zukunft, wie jeder andere Mensch, der seine Existenz bedroht sieht, sich eben auch öfter und eingehend seine Angelegenheiten durch den Kopf gehen läßt, sodaß sich allmählich ein Vernichtungsgefühl bemerkbar macht, wie es auch Stern bei seinen Patienten schildert. Man kann jedenfalls nicht sagen, die Patientin bekomme ihre Zwangsgedanken, weil sie zur Grübelsucht neigt, sondern, weil die Blickkrämpfe mit den Zwangsgedanken schon so lange bestehen, weil sich eben keine wesentliche Besserung einstellt, weil die Patientin ihren Zustand objektiv zu beurteilen weiß, deshalb haben sich diese Charaktereigenschaften bei ihr ausgebildet. Daß diese Zwangsgedanken mit ihrem übrigen seelischen Zustand gar nichts zu tun haben, erhellt die Tatsache, daß noch niemals nach dem Grübeln über ihre Zukunft ein Schauanfall aufgetreten ist, erhellt weiterhin die Tatsache, daß inhaltlich zwischen den Zwangsgedanken und ihren Gedanken in der anfallsfreien Zeit kein Zusammenhang besteht, noch daß irgendwie die Richtung der Zwangsgedanken dadurch bestimmt würde. Die psychasthenische Grundlage, auf der die Zwangsgedanken unserer ersten Patientin mit den regelrechten Zwangsgedanken beruhen, können wir also in unserem Falle ganz ablehnen.

Betrachten wir nun den Inhalt dieser Zwangsgedanken. Unsere Encephalitikerin hält „eine Art Sprachlehre" ab, sie denkt zwangsmäßig über die fünf Vokale nach. Scharfetter sagt, „die organisch verursachten Zwangsgedanken sind unabhängig vom intellektuellen Habitus des Kranken". Das trifft bei unserer Patientin besonders zu, denn die „Sprachlehre" fällt

sicher nicht in die Interessensphäre einer Köchin. Manchmal hat sie auch so „blödsinnige Gedanken", daß sie darüber lachen muß. Den Inhalt kann sie gar nicht angeben. Und nun die Zwangsgedanken der eingangs erwähnten Patientin. Ist auch bei dieser Patientin das Fremdbewußtsein diesen Gedanken gegenüber deutlich vorhanden, so treten diese Zwangsgedanken doch mehr im Sinne einer Gedankenassociation auf. Sie steht in der Küche, sieht ihr Kind, sieht das lange Messer, und da kommen ihr diese Gedanken. Damit soll gesagt sein, daß diese Gedanken sozusagen eine manifeste Unterlage haben, sie entsprießen letzten Endes doch der Ideenwelt des Denkenden, sie bauen sich darauf auf, mag auch ihr weiterer Verlauf in dem Träger ein Fremdbewußtsein hervorrufen. Die Gedanken haben trotz ihrer Unverdrängbarkeit einen größeren Spielraum, sie kleben nicht so an den einzelnen Begriffen des Denkaktes.

Bei unserer Spätencephalitikerin ist die Stellungnahme der Persönlichkeit, das Fremdheitsgefühl doch anderer Art. Das Fremdheitsgefühl ist hier mehr ein Gefühl der Sinnlosigkeit, des Zusammenhanglosen. Außerdem besteht bei der Patientin mit den Blickkrämpfen doch eine außerordentliche Bewußtseinseinschränkung (Bonhoeffer). Denken wir doch nur daran, daß sie sich erst überlegen muß, wo sie ist und wo sie herkommt. Wir erfahren von der Patientin weiterhin, daß sie als Köchin während eines Anfalls das falsche Gewürz in das Essen tat und es erst hinterher am Geschmack merkte. Dieses Geschehen hat zweifellos Aehnlichkeit mit dem oben beschriebenen somnambulen Vorgang: die Amnesie bestand wie in obigem Falle auch hier insofern, als die Patientin ja erst durch den Geschmack in der anfallsfreien Zeit auf ihre Handlung aufmerksam gemacht wurde. Vielleicht handelt es sich auch im Sinne Gürber's um eine falsche Verteilung der Dynamik. „Das Ich wurde von dem Geschehen mitgerissen und überwältigt." Es könnte die Enthemmung eines einmal in Gang gesetzten Geschehens, das sich aus dem Gesamtverbande herausgelöst hat, in Frage kommen. So hat sie sich auch schon einmal mitten in ihrer Arbeit als Köchin den Hut aufgesetzt, nachher fiel ihr erst ein, daß es falsch gewesen ist. — Um einen zur Ausführung gebrachten Zwangsantrieb kann es sich hier nicht handeln, denn ein solcher ist der Handlung ja gar nicht vorausgegangen. Nach Jahrreis sind ja derartige Zwangsvorgänge als die Folge von Zwangsvorstellungen zu betrachten. — Wenn sie eine Zeile liest, erkennt sie wohl die einzelnen Buchstaben, ist aber nicht in der Lage, daraus ein Wort zu bilden und seinen Begriff zu erfassen. Das ist vielleicht ein Anhaltspunkt für die Möglichkeit einer vorübergehenden Intelligenzstörung. — Ein Patient mit regelrechten Zwangsvorstellungen ist immer so klar, daß er wohl niemals eine falsche Handlung begehen wird. „Zwangsantriebe werden kaum ausgeführt" (Bumke). Den Patienten mit regelrechten Zwangsvorgängen quält nur die Angst, er könnte eine falsche

Handlung begehen, und er wird höchstens in eine Reihe von Schutzhandlungen verfallen. (Kraepelin).

Damit sind wir auf das Angstsymptom gekommen, „Furchtreaktion", wie es Friedmann nennt. Er bezeichnet diese Furchtreaktion als erstes Stadium des Zwangsdenkens. Die Idee der furchtsamen „Eigenbeziehung" taucht auf. Die Patientin hat Angst, sie könnte das auch tun, was sie einmal von Kindesmörderinnen gehört hat.

Besteht nun auch solch eine Angst bei unserer Spätencephalitikerin? Die Gedanken unserer Patientin sind gar nicht so furchterregend, daß sie Veranlassung zur Angst geben könnten. Sie muß manchmal sogar darüber lachen. Nun tritt aber bei ihr auch ein Unbehagen vor diesen Zuständen auf. Es wird sich aber mehr um ein körperliches Angstgefühl (Hauptmann) dabei handeln, wenn man dabei noch bedenkt, daß nach den Blickkrämpfen starke Kopfschmerzen auftauchen. Sie sagt selbst, die Augen im Kopfe tun ihr weh, sie mag sie nicht bewegen. Diese Angst hat ja auch niemals einen Blickkrampf mit den Zwangsgedanken hervorgerufen.

Weiter beobachten wir bei unserer Patientin während des Anfalls vorübergehend Gedankenleere. Sie sagt uns, daß sie manchmal plötzlich „gar nichts denke", daß die Gedanken stillstehen. Der Kopf sei leer. Eine solche Gedankenleere, dieses plötzliche Abreißen der Gedanken bespricht auch Scharfetter bei seinen Encephalitis-Fällen. Ebenso lesen wir bei Bychovsky von Störungen im Gedankengange von Hirnstammkranken in Form eines plötzlichen Abbrechens und einer Gedankenleere.

Unsere Patientin kann dann überhaupt keinen Gedanken finden. „Ich kämpfe immer dagegen an, aber es geht nicht". — Nach Scharfetter kann dieses Stocken beim Parkinsonkranken hervorgerufen werden durch eine primäre Störung der natürlichen Aufeinanderfolge von Teilakten einer Handlung oder durch eine abnorm starke Bindung an den eben ausgeführten Teilakt. Einen Parallelismus zu diesem Stocken der Gedanken haben wir aber auch bei dieser Patientin in äußeren Handlungen. Die Patientin erzählt uns, daß sie morgens, wenn sie aufwacht, erst lange mit sich kämpfen muß, ehe sie „den Dreh" bekommt, sich anzukleiden. Sie muß sich „erst mal bekriegen". Wenn dieses Stocken in ihrer Handlungsweise erst überwunden ist, dann geht alles glatt. Hauptmann bezeichnet dieses als „innere Antriebsschwäche". Deutlich tritt auch das Haften an einzelnen Silben auf, besonders den letzten Silben gesprochener Worte. Hört sie z. B. das Wort „Rosen", so wird ihr eine ganze Weile die Silbe „sen" vorschweben, sodaß sie sie in Gedanken sprechen wird. Diese Perseveration paßt zu dem Bilde der Gedankenleere; sie tritt ja auf, wenn neue Vorstellungen ausbleiben. Manchmal ist die Patientin auch nicht in der Lage, über die Dinge, die sie denkt, nachzugrübeln. „Das kann ich einfach nicht, auch wenn ich mich dazu zwinge".

In psychischer Beziehung handelt es sich also um eine Verlangsamung und einen Stillstand aller intellektueller und affektiver Vorgänge.

Gehen wir nun von der Annahme aus, daß der Blickkrampf als Isolierungserscheinung des Gesamtvorgangs Schlaf aufzufassen sei, die eben durch den encephalitischen Prozeß verstärkt ist, so können wir uns auch die psychischen Veränderungen, die dabei auftreten, in ähnlicher Weise entstanden denken. Es ist ja bekannt, daß vor Schlafeintritt, in der „hypnagogen Phase" (Bonhoeffer) auch ein Haften der Gedanken, das Wiederholen anklingender Gedanken, zuletzt gesprochener Worte, beobachtet werden kann, besonders bei Uebermüdung, ebenso eine außerordentliche Einengung des Bewußtseins. Von den regelrechten Zwangsgedanken unterscheiden sich die Zwangsgedanken bei unserer Encephalitikerin jedenfalls in erheblichem Maße. Unabhängig von einer psychischen Bereitschaft können sie auftreten, während die regelrechten Zwangsgedanken ohne die psychasthenische Grundlage undenkbar sind. Die außerordentliche Bewußtseinseinengung, die Gedankenleere hier, dort die Fähigkeit, größere Gedankengänge durchzuführen, die intakte Intelligenz. Beiden Fällen gemeinsam ist eigentlich nur das Fremdheitsgefühl (aber auch darin sehen wir noch einen Unterschied) und das Zwanghafte, die Unmöglichkeit der Verdrängung dieser Gedanken. Ganz abgesehen von dem Inhalt der jeweiligen Zwangsgedanken und dem Auftreten nur während der Blickkrämpfe.

Einen weiteren Fall mit Blickkrämpfen und den dabei auftretenden psychischen Veränderungen sehen wir bei der Bergmannsfrau Klara Schm... Die Patientin ist 32 Jahre alt und lebt mit ihrem Manne in Scheidung, da „kein Auskommen mehr mit ihm ist". Ihr jetziges Krankheitsbild will sie auf Mißhandlungen durch ihren Mann zurückführen, denn sie sei oft von ihm auf den Kopf geschlagen worden. In der Jugend war die Patientin angeblich nie ernsthaft erkrankt. Auch aus der näheren und weiteren Familie sind ernsthafte Erkrankungen nicht in Erinnerung, und ihrer jetzigen Erkrankung ist auch nichts besonderes vorausgegangen. Wir erfahren nur von der Patientin, daß vor drei Jahren in ihrem Orte die Grippe herrschte. Sie gibt aber ausdrücklich an, damals keine Grippe gehabt zu haben. Wohl hat sie damals viel geschlafen, oft tagelang. Wie lange dieser Zustand gedauert hat, kann sie gar nicht sagen.

Zweifellos handelt es sich auch hier um einen encephalitischen Prozeß, denn bei dieser Patientin haben wir es ebenfalls mit einem deutlichen Parkinsonismus zu tun. Außer der Amimie und dem Salbenglanz ist bei ihr sehr stark ausgesprochen die Rigidität der Extremitäten. Die Sprache ist ebenfalls stark verlangsamt, monoton, und auch hier zeigt sich in der Gesamthaltung deutlich Verharrungstendenz. Tremor manuum besteht. Wenn sie die Arme

nicht festhält, fangen sie beide an zu zittern, und beim Gehen kann die Patientin die Beine kaum vorwärts bringen.

Wie im vorigen Falle sind hier die Blickkrämpfe als erstes Symptom der chronischen, myastatischen Encephalitis in Erscheinung getreten; und zwar soll der erste Anfall durch ein „emotionell wirksames Erlebnis" (Stern) ausgelöst worden sein. Die Kranke berichtet nämlich, daß der erste Blickkrampf nach einer Aufregung mit ihrem Manne auftrat. Seit dieser Zeit klagt sie darüber, daß sie täglich auf einen Fleck stieren muß, und selbst nicht die Macht habe, in solchen Situationen irgendwo anders hinzusehen. Dabei denkt sie dann immer „ob ich wohl wieder besser werde". Aber auch zu anderen Zeiten kommt oft nur dieser Gedanke wieder. „Sonst habe ich gar keine Gedanken". Der Blickkrampf tritt bei ihr fast täglich auf und dauert oft viele Stunden, manchmal auch einen ganzen Tag. Die Patientin bezeichnet diesen Zustand als „starren Blick". Eine Möglichkeit, den Blickkrampf zu überwinden, besteht auch in diesem Falle nicht, obwohl sie es schon mit allerlei Mitteln versucht hat. Doch nie gelang es ihr, dem Blick eine andere Richtung zu geben. Außerhalb des Anfalls wird bei ihr schon eine leichte Behinderung der Augenbewegung nach oben beobachtet, und es besteht eine leichte Ptose der Oberlider. Ebenfalls sehen wir hier eine Herabsetzung der Lichtreaktion. Wie im ersten Falle treten auch hier Doppelbilder (v. Stockert) während des Anfalls auf. „Wenn ich an die Wand starre, sehe ich das Bild immer doppelt, auch vergrößert es sich manchmal". — Bonhoeffer berichtet ebenfalls von Veränderungen der Größenverhältnisse im Gesichtsfeld von Spätencephalitikern und will mit diesen „traumhaften Veränderungen der Größenverhältnisse" auf die Verwandtschaft encephalitischer Vorgänge mit denen in der hypnagogen Phase des Schlafes hinweisen. Ebenfalls besteht hier Hypersekretion, Uebelsein und eine deutliche Störung der Körpersensibilität, (Patientin hat das Gefühl, als ob der Körper nicht existiere). Wie im obigen Falle sind das also die vegetativen Erscheinungen der Myastase (Stern).

Den Anfällen geht ein Schwindelgefühl, das auf die Beziehung des Krankheitsherdes zu den Gleichgewichtszentren hindeutet, voraus, „Ich habe dabei das Gefühl, als ob ich in einem Karussell fahre". Die Anfälle treten besonders auf, wenn sie ihre Augen anstrengen muß, z. B. beim Lesen. Eigenartig ist die Angabe der Patientin, daß die Augen seit ihrer Krankheit besonders empfindlich sind für grüne Farben. Manchmal bekommt sie auch danach einen Anfall. Arztbesuch und jeder Anlaß, der sie in Erregung setzt, wirken anfallsbegünstigend. Besonders, wenn sie über ihre zerrüttete Ehe nachdenkt, und das ist ja oft der Fall, tritt der „starre Blick" auf. Es handelt sich also hier wohl um das präparoxysmelle Grübeln, von dem auch Stern bei seinen Fällen berichtet. Daß es sich aber hier um einen Grübelzwang handelt, konnte nicht festgestellt werden. Die Patientin macht sich ja oft

über ihre Ehe Gedanken, und dabei wird sich immer eine innere Erregung einstellen. Diese innere Erregung wirkt sicher anfallsauslösend. Ein Angstgefühl, das bei den Patienten von Stern dem Anfall vorausgeht, wird von der Patientin nicht angegeben. Nach Stern soll das Angstgefühl als Primärsymptom bei Blickkrämpfen auftreten. Während der Blickkrämpfe kann die Patientin nicht sprechen. Es besteht eine Steifigkeit in der Gegend des Masseters. Die Zunge ist dabei beweglich. Aehnlichkeit hat dieser Masseterkrampf wohl mit den bei Encephalitikern oft auftretenden Krampfanfällen, wie es z. B. die Mundöffnungskrämpfe sind. Die während des Anfalls auftretenden Kopfschmerzen, die bis in die Schläfen hineinziehen, sind sicher auf die Zerrung der Augenmuskeln zurückzuführen. Aber auch außerhalb der Anfälle bestehen oft starke Kopfschmerzen.

In der anfallsfreien Zeit ist bei der Patientin auffallend die starke Schlafneigung, die narkolepsieartig bei ihr auftritt. v. Stockert hat Fälle von symptomatischer Narkolepsie aus Abortivformen einer Encephalitis mit denselben Erscheinungen beschrieben. Auch unser Fall ist der Anamnese nach als Abortivform einer Encephalitis zu betrachten. Wie bei diesen Fällen konnten auch hier starke Kopfschmerzen, Doppelbilder (wie schon erwähnt) und bei extremer Blickfixation leichter Konvergenzkrampf beobachtet werden. Die Konvergenzkrämpfe weisen auf eine entzündliche Affektion der Augenmuskelkerne hin (v. Stockert). Desgleichen ist die gesteigerte Schlafneigung auf einen entzündlichen encephalitischen Prozeß zurückzuführen. Zweifellos weisen auch die Blickkrämpfe auf diese entzündliche Affektion der Augenmuskelkerne hin. v. Stockert berichtet nun weiter in den Ophthalmologischen Bemerkungen von Velhagen, daß der Schlaf zustande komme „durch die Muskelsensibilität der Augenmuskeln". Es bestehen also, wie auch Bonhoeffer schon erwähnt, sicher Beziehungen zwischen den Blickkrämpfen und dem Schlafvorgang. Sie sind vielleicht als Partialerscheinung des Schlafkomplexes aufzufassen. In der Diskussion über den v. Stockert'schen Bericht werden bei den Fällen von symptomatischer Narkolepsie das „Größerwerden" und das „Doppelsehen", Erscheinungen, wie sie bei unserer Patientin mit den Blickkrämpfen auftreten, als allmählich in den Schlaf übergehende Zustände betrachtet. Wir haben demnach teilweise dieselben Erscheinungen bei den Blickkrämpfen wie bei den Fällen von symptomatischer Narkolepsie. Ebenso wird die unausgiebige Lichtreaktion, die ja auch in unserem Falle besteht, von Bonhoeffer als Stütze für die Vermutung herangezogen, den Blickkrampf als pathologische Isolierungserscheinung zu betrachten aus den Gesamterscheinungen des Schlafes.

Bonhoeffer berichtet, daß bestimmte motorische Vorgänge (Lidschluß, associierter Tonusverlust der Lidheber, Tonusverlust der willkürlichen Muskulatur des Kopfes, des Rumpfes und der

Extremitäten, soweit sie der Haltung dienen) mit der Bewußtseinserscheinung des Schlafes verbunden sind. Es können nun Schädigungen dieser Einzelkomponenten auftreten.

5—6 mal täglich treten besonders nach starken Kopfschmerzen bei der Patientin Schlafanfälle auf: ein hartnäckiges Herabsinken der Lider tritt ein, dann fällt der Kopf nach unten; den ganzen Körper befällt eine Schlaffheit, so daß die Patientin sich festhalten muß, um nicht vom Stuhl zu fallen. Dabei hat sie das Gefühl des Einschlafens. Nach Aussagen der Patientin fallen erst die Augenlider zu, und dann tritt die Müdigkeit auf. Solch ein Zustand dauert 5 Minuten. Vor den Anfällen wird ein leichtes Zittern der Augenlider beobachtet. Auch hier ist das Bewußtsein, wie in einem von Bonhoeffer beschriebenen Falle, im Anfall erhalten. Die Patientin kann dabei Fragen beantworten.

Die von Bonhoeffer beschriebene Fettsucht bei Störung des Schlafmechanismus besteht auch bei unserer Kranken. Auch die bei Encephalitikern auftretende nächtliche Unruhe ist hier vorhanden in Form von Sprechen und Singen im Schlaf. Schlafstörungen werden von Bonhoeffer ebenfalls zur Unterstützung seiner Vermutung über den Ursprung des Blickkrampfes herangezogen.

Was nun die psychischen Veränderungen anbelangt, so treten auch hier während des Anfalls zwangsmäßig bestimmte Gedanken auf. Der Gedanke an ihre zerrüttete Ehe und „ob ich wohl wieder besser werde". Sonst hat sie keine anderen Gedanken. Berücksichtigt man nun die Definition Westphal's, und rufen wir uns die Zwangsgedanken der als Paradigma für das regelrechte Zwangsdenken angeführten Patientin ins Gedächtnis zurück, so wird uns auch hier eine deutliche Abweichung vom regelrechten Zwangsdenken auffallen. Diese Patientin wird ihre Gedanken während des Anfalls wohl kaum als „grundlos dominierend" oder gar als „inhaltlich falsch" empfinden. Als krankhaft wird ihr nur die Unverdrängbarkeit und die Wiederkehr immer derselben Gedanken erscheinen. Die Patientin wird diese Gedanken niemals „aus logischen Gründen" ablehnen. Es handelt sich hier nicht um Gedanken ohne Hand und Fuß: die Gedanken haben einen manifesten Inhalt. Die Kraft und Eindrucksfähigkeit dieser Ideen ist hier so stark während des Anfalls, daß sie abnorm festgehalten werden und schließlich zur Perseveration gebracht werden. Diese Gedanken erscheinen uns wohl eher ähnlich überwertigen Ideen, denn „Ueberwertige Ideen gelten ja von zu Haus aus nicht als ungehörig (der denkenden Person), und während der ganzen Lebenszeit der Ideen erscheinen sie jener als eigengeistige Aeußerung" (Friedmann). Dennoch besteht auch hier ein Unterschied. Der Nervöse, der an überwertigen Ideen leidet, hat wiederum wie der Kranke mit den regelrechten Zwangsgedanken einen größeren Spielraum für seine Gedanken. Beim Encephalitiker ist das Haf-

ten, die Perseveration, auf einen einzigen Gedanken, der den ganzen Anfall hindurch besteht, beschränkt. Eine Rekapitulation der Gedanken tagsüber in der anfallsfreien Zeit, wo sie sich eben eingehend mit ihrer Krankheit beschäftigt, ist es, wenn die Patientin während des Anfalles immer einen Gedanken hat, „ob ich wohl wieder besser werde". „Sonst habe ich gar keine Gedanken." Eine Gedankenleere und Gedankenstockung tritt ein. Die Perseveration, die wir während des Blickkrampfes beobachten, ist auch außerhalb des Anfalles schon zu beobachten, wenn auch nicht in diesem starken Maße. Die Patientin beantwortet jede Frage mit Wiederholung derselben. Sie klebt sozusagen an der Frage. Auch ist die psychische Zeit in erheblichem Maße verlangsamt. Wir wissen, daß durch Uebermüdung eine Verlangsamung der psychischen Zeit herbeigeführt wird. Es deutet auch diese Tatsache wie im ersten Falle darauf hin, daß der Blickkrampf mit dem Schlafvorgang irgendwie in Beziehung stehen muß.

Ganz deutlich ist auch hier die Herabsetzung der Aufmerksamkeit, mit der Bonhoeffer ebenfalls auf Beziehungen zum Schlafzentrum hinweisen will. An sie gerichtete Fragen weiß die Kranke schon nach einiger Zeit nicht mehr zu wiederholen.

Die psychasthenische Grundlage der Zwangsgedanken ist auch in diesem Falle abzulehnen. Die Patientin war früher „ein lustiges Mädchen, das alles mitmachte". Vor ihrer Krankheit bestanden keine depressiven Erscheinungen noch irgend welche Neigung zum Grübeln, auf deren Grundlage Zwangsgedanken möglich wären.

Noch mehr als im ersten Falle werden wir also in der Vermutung bestärkt, daß diese encephalitischen Vorgänge mit den dabei auftretenden Zwangsgedanken in Zusammenhang zu bringen sind mit den Erscheinungen des Schlafes, zumal Schlafstörungen und Blickkrämpfe besonders innig vergesellschaftet sind. Auch hier haben wir ja die Gedankenstockung, das Haften von Gedanken, den „peinlichen Zwang zur Rekapitulation von Tagesremissionen", das Absinken der Aufmerksamkeit, alles Erscheinungen, wie sie in der hypnagogen Phase des Schlafes vorkommen (Bonhoeffer).

In einem weiteren Falle konnten aus praktischen Gründen ausgiebige Explorationen nicht vorgenommen werden. Wegen einer interessanten Besonderheit soll aber das Krankheitsbild des Arbeiters Dietrich H. hier eingeflochten werden. Es handelt sich um einen zur Begutachtung vorgeführten Patienten, der seine jetzigen Beschwerden auf im Kriege erlittene Verwundungen und Gesundheitsschäden zurückführen will. Das aber hier eine Encephalitis einmal bestanden hat, zeigt der Befund, der, soweit er für unsere Ausführungen von Bedeutung ist, angeführt werden soll:

H. sitzt zusammengekauert auf einem Stuhl ohne jede willkürliche Bewegung. Die Kopfhaltung ist etwas nach rechts geneigt, das Gesicht ist starr, maskenartig, salbenglanzartig glänzend, der

Mund ist wenig geöffnet; ab und zu etwas Speichelfluß. Bei passiven Kopfbewegungen fällt eine erhebliche Steifigkeit der Hals- und Kopfmuskeln auf.

Lebhafte vasomotorische Erregbarkeit; Hyperhidrosis.

Obere Extremitäten: erhebliche Muskelsteifigkeit des linken Armes, in geringem Maße auch des rechten Armes.

Puls: 92 pro Minute, o. B.

Untere Extremitäten: auch am linken Bein fällt wie am linken Arm eine erhebliche Muskelsteifigkeit auf, die am rechten Bein aber auch angedeutet ist. Die aktive Beweglichkeit ist am linken Bein langsam und erschwert.

Kniehackenversuch: rechts richtig, links nicht ganz ausführbar.
Keinerlei pathologische Reflexe.
Sensibilität intakt.
Romberg: o. B.

Der Gang ist langsam, dabei geringe Propulsion; der Patient bekommt beide Beine nicht so gut nach vorn, wie normalerweise.

Bei unserem Kranken bestehen nun ähnliche Erscheinungen wie bei der letzten Patientin. Es liegen deutliche Schlafstörungen vor (der Pat. klagt darüber, daß er nachts nicht schlafen könne). Auch narkoleptische Anfälle werden hier beobachtet. Dem Kranken fallen tagsüber die Augen zu, so daß er einschläft, wenn er nicht angestoßen wird. Ausgesprochen ist auch hier wieder das Auftreten von Schwindelanfällen. „Es dreht sich alles um mich herum."

Bedeutung hat dieser Fall für uns, weil auch hier Blickkrämpfe mit den psychischen Veränderungen bestehen. Der Patient muß oft auf einen Fleck starren, dann kommen ihm dumme Gedanken. Meistens sind es Gedanken, er solle sich etwas antun. In solch einem Zustand ist er schon einmal 10 Minuten weit bis zu einem Teich gelaufen. Er hat davor gestanden, als er wieder anderer Gesinnung wurde. Es kam ihm der Gedanke an seine Kinder, und dann ging er wieder nach Hause.

Daß auch diese „dummen Gedanken" Zwangsgedanken sind, sieht man daraus, daß ihr Inhalt in der anfallsfreien Zeit vom Patienten abgelehnt wird, und daß auch hier Unverdrängbarkeit während des Anfalls besteht. Dennoch ergibt auch hier das Haften an einem einzigen Gedanken, die Unmöglichkeit, diesen Gedanken weitgehender durchzudenken, einen Unterschied von den regelrechten Zwangsgedanken. Der Nervöse mit regelrechten Zwangsgedanken würde wiederum in eine Reihe von Schutzhandlungen verfallen, bei unserem Encephalitiker kam die Stellungnahme des Ichs dazu gar nicht in Frage. Wie schon oben erwähnt, kommen ja Zwangsantriebe kaum zur Ausführung. Hier würde der zwangmäßige Selbstmordgedanke aber sicher zur Ausführung gelangt

sein, hätte der Blickkrampf nicht plötzlich aufgehört. Eine Bewußtseinseinengung hat unbedingt bestanden, was daraus hervorgeht, daß sofort nach Verschwinden des Anfalls dem Patienten der Gedanke an seine Familie kam, und ihm die Verwerflichkeit seines Vorhabens zum Bewußtsein kam, ähnlich der Patientin, die das falsche Gewürz ins Essen tat und es erst nach dem Anfall am Geschmack merkte.

Auch hier sind wiederum die psychischen Veränderungen an den Blickkrampf gebunden, und dieser wiederum ist mit Schlafstörungen vergesellschaftet.

Zusammenfassung.

Die spätencephalitischen Vorgänge aller drei Patienten weisen Blickkrämpfe mit psychischen Veränderungen auf. Bei allen drei Patienten bestehen aber auch ausgesprochene Schlafstörungen. Der Blickkrampf ist nun ebenfalls als eine pathologische Erscheinung aus der Gesamtheit der motorischen Vorgänge beim Schlafeintritt aufzufassen. Aehnelt doch die Stellung der Augen beim Blickkrampf sehr der Stellung der Augen beim Schlafeintritt, die als Bell'sches Lidschlußphänomen bekannt ist. Nach Bonhoeffer ist eine Variation des Bell'schen Phänomens möglich. Aber auch beim Blickkrampf haben wir nicht immer dieselbe Stellung der Augen.

Es lag nun nahe, auch die psychischen Vorgänge beim Blickkrampf von diesem Gesichtspunkte aus einer Beobachtung zu unterziehen. Diese psychischen Vorgänge, deren Hauptcharakteristikum das unverdrängbare Zwanghafte ist, sind nun keineswegs gleichzusetzen mit den regelrechten Zwangsgedanken, die ja schon in ihrer Entstehungsweise anderer Natur sind. Es sei an die psychasthenische Grundlage bei diesen gedacht, während in unseren Fällen eine Kuppelung des psychischen Zwanges mit einem organischen Leiden vorliegt. Die weiteren Untersuchungen dieser psychischen Vorgänge auf ihren Inhalt, auf die Art des Gedankenablaufes, auf Bewußtseinsveränderungen während ihres Auftretens konnten einer Kritik vom Gesichtspunkte der regelrechten Zwangsgedanken nicht standhalten, zeigten vielmehr übereinstimmende Merkmale mit den psychischen Veränderungen beim Schlafeintritt.

Die Uebereinstimmung dieser motorischen und psychischen Vorgänge bei Spätencephalitikern mit den Vorgängen in der hypnagogen Phase des Schlafes gestattet es daher, die Blickkrämpfe mit psychischem Drang und Zwang als Störungen im Schlafregulationsapparat zu betrachten.

Literatur.

1. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Jahrgang 1928, Bd. 113, S. 239.

   „Ueber Encephalitis und Zwang" (Gürber).

2. Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde. Jahrgang 1927, Bd. 81, S. 522.

   „Ueber psychische Zwangsvorgänge und ihre Entstehung bei encephalitischen Blickkrämpfen, mit Bemerkungen über die Genese der encephalitischen Blickkrämpfe" (Stern).

3. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Jahrgang 1926, Bd. 93, St. 61.

   „Zur Kenntnis psychiatrisch-neurologischer Grenzzustände nach Encephalitis epidemica" (Scharfetter).

4. Wiener klinische Wochenschrift. Jahrgang 1928, Nr. 28.
   „Ueber Dissociation der Schlafkomponenten bei Postencephalitikern" (Bonhoeffer).

5. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Jahrgang 1930, Bd. 54.

   „Zur Pathologie der Schlafauslösung mit besonderer Berücksichtigung der Blickbewegung" (F. G. v. Stockert).

6. Friedmann, „Ueber die Natur der Zwangsvorstellungen und ihre Beziehung zum Willensproblem", 1920.

7. Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 1924 (Klinik der Denkstörungen).

8. Hauptmann, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, von Curschmann und Kramer, 1925 („Zwangszustände").

Lebenslauf.

Am 27. August 1903 wurde ich, Felix Koralewski, als Sohn des Rektors Felix Koralewski, katholischer Konfession, in Wreschen (Prov. Posen) geboren. Ich besuchte das Progymnasium in Koschmin, das Kgl. Mariengymnasium in Posen und das Gymnasium Augustum zu Görlitz, wo ich zu Ostern 1924 das Reifezeugnis erwarb. Zunächst widmete ich mich dem Bergfach. Im Sommersemester 1925 begann ich das medizinische Studium in Münster und bestand dort das Physikum. Danach studierte ich je ein Semester an den Kliniken in Berlin, Wien, Düsseldorf und zuletzt drei Semester in Münster, wo ich am 10. März 1931 die ärztliche Prüfung bestand.